

**Ergänzende Vereinbarung zum Vertrag gemäß
§ 132 a Absatz 4 SGB V
für Leistungen mit hohem intensiven behandlungs-
pflegerischem Aufwand**

zwischen

**TRÄGER Name
TRÄGER Straße
TRÄGER PLZ und Ort**

und

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen#
GM ambulant – Zentrales Fallmanagement Intensiv-Patienten
Hildesheimer Str. 273
30519 Hannover

(nachstehend „AOK Niedersachsen“ genannt“)

für die ambulante Krankenpflegeeinrichtung

**EINRICHTUNG Name
EINRICHTUNG Straße
EINRICHTUNG PLZ und Ort**

Institutionskennzeichen **IK:**

(nachfolgend „Pflegedienst“ genannt)

Präambel¹

Grundlage für die Versorgung nach dieser ergänzenden Vereinbarung zum Vertrag gemäß § 132 a Abs. 4 SGB V (nachfolgend „Vereinbarung“ genannt) ist der jeweils gültige Vertrag gemäß § 132 a Abs. 4 SGB V über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung regelt die Versorgung von nicht beatmungspflichtigen Versicherten, die auf Grund eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege oder einer Bedrohung ihrer Vitalfunktionen einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegefachkraft bedürfen und Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß der HKP-Richtlinie haben. Dies betrifft die Versorgung von nicht beatmungspflichtigen Versicherten, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können. Hierbei handelt es sich um Versicherte, die kontinuierlich der Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen bedürfen.
- (2) Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen gemäß Abs. 1 sind zu berücksichtigen, insbesondere durch einschlägige pädiatrische Qualifikationen bzw. Zusatzqualifikationen entsprechend der nachfolgenden Regelungen.
- (3) Die Versorgung von beatmeten Patienten bedarf einer gesonderten Vereinbarung.

§ 2 Allgemeines und Verfahren zum Abschluss der Vereinbarung

- (1) Der Pflegedienst hat bei Abschluss der Ergänzungsvereinbarung oder Vereinbarung die Eignungen gemäß § 3 Abs. 1, 2 bzw. 3 (Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft oder die Fachbereichsleitung) zu erfüllen und in geeigneter Form nachzuweisen.
- (2) Die Versorgung wird grundsätzlich durch sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte sichergestellt. Der Einsatz von geringfügig Beschäftigten sollte nicht mehr als 20 % des Versorgungsumfanges betragen. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die Pflegefachkräfte Eigentümer oder Gesellschafter des ambulanten Pflegedienstes sind und sich ihr Tätigkeitsschwerpunkt auf den ambulanten Pflegedienst bezieht. Ausgenommen von der Regelung nach Satz 1 sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamte. Ergänzend ist zu beachten, dass grundsätzlich bei einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung des Versicherten Pflegefachkräfte im Umfang von mindestens 5,0 Vollzeitbeschäftigten für die Versorgung im Einzelhaushalt (1:1-Versorgung) einzusetzen sind.

¹ Gleichstellungsklausel

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

- (3) Die Anlage 1 zu diesem Vertrag ist bei Vertragsschluss sowie auf Anforderung der AOK Niedersachsen jederzeit vollständig einzureichen. Mit Zugang der unterzeichneten Ergänzung bei der AOK Niedersachsen ist der Pflegedienst berechtigt, Leistungen nach dieser Ergänzung gegenüber den Versicherten zu erbringen und abzurechnen.

§ 3

Personelle Voraussetzungen

Spezifische Voraussetzungen zur Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Versicherten

- (1) Zur Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Versicherten nach § 1 Abs. 1 muss die verantwortliche Pflegefachkraft nachfolgende Voraussetzungen erfüllen:
- a) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder
 - b) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder
 - c) Altenpfleger/-in nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder
 - d) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht,

Neben der Weiterbildung nach § 3 Abs. 1 Satz 2 muss die verantwortliche Pflegefachkraft zusätzlich über spezifische Kenntnisse zum jeweiligen Krankheitsbild verfügen, so dass sie die übrigen an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte nach Abs. 10 entsprechend einweisen und einarbeiten kann.

- (2) Alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachplegerische Versorgung bei nicht-beatmeten Versicherten nach § 1 Abs. 1 übernehmen, müssen ausgehend von den Rahmenempfehlungen neben einer Ausbildung als
- a) Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder
 - b) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder
 - c) Altenpfleger/-in nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder
 - d) Altenpfleger/-in mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht,

zusätzlich mindestens über eine dem Krankheitsbild entsprechende spezifische Einweisung und strukturierte Einarbeitung verfügen.

- (3) Die Fortbildungsverpflichtung entfällt für jene Mitarbeiter für die Kalenderjahre, in der die Zusatzqualifikation nach Abs. 2, 7 Nr. 6 erworben wird. Art und Umfang der Dokumentation sowie die weiteren Regelungen bestimmen sich nach der Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 4 SGB V.

§ 4

Nachweispflicht personeller Voraussetzungen

Auf Verlangen ist der zuständigen Krankenkasse die Erfüllung der vorgennannten Voraussetzungen durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen. Dies kann z. B. durch die Vorlage von Qualifikationsnachweisen oder Auszügen aus Arbeitsverträgen mit den Regelungen zur Stellenbeschreibung und zum Stellenumfang geschehen.

Ein personeller Wechsel der verantwortlichen Pflegekraft bzw. ihrer Vertretung wird der Krankenkasse unverzüglich angezeigt und die erforderlichen Qualifikationsnachweise vorgelegt.

§ 5 Organisatorische Voraussetzungen

Der Pflegedienst ist an allen Tagen der Woche über 24 Stunden für die von ihm versorgten Versicherten erreichbar. Eine persönliche Erreichbarkeit muss gewährleistet sein.

§ 6 Genehmigung/Überleitungs- und Entlassungsmanagement/Fallmanagement

- (1) Das Überleit- und Entlassmanagement erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Krankenkasse, Pflegedienst, den an der Versorgung beteiligten Vertragsärzten und den anderen hieran Beteiligten (§ 39 Abs. 1a Satz 2 i. V. mit § 11 Abs. 4 Satz 4 SGB V). Das Überleitungs- und Entlassungsmanagement sichert einen nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die nachsorgende Betreuungsform. Die Umsetzung des Entlassungsmanagements richtet sich neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen nach den nationalen Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ und komplementären Empfehlungen von Fachgesellschaften und Verbänden. Die Weiterleitung pflegerelevanter Daten erfolgt dabei unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Aspekte.
- (2) Zum Wohle des Versicherten arbeitet der Pflegedienst beim Überleitungsmanagement eng mit der AOK Niedersachsen zusammen.
- (3) Sobald der Pflegedienst Kenntnis von der beabsichtigten Entlassung erhält, ist vor Beginn der ambulanten Versorgung unverzüglich Kontakt mit den Mitarbeitern oder Fallmanagern der AOK Niedersachsen aufzunehmen.
- (4) Änderungen in Bezug auf den Versorgungsort des Versicherten sind der AOK Niedersachsen unverzüglich mitzuteilen, sofern die Leistung weiterhin vom selben Pflegedienst erbracht wird.

§ 7 Versorgung

- (1) Die Versorgung des betreffenden Personenkreises erfolgt nach dem aktuellen medizinisch-pflegerischen Stand des Wissens. Bestandteile der Leistungserbringung sind auch:
 - Aufnahmegespräch/Erstgespräch bei Überleitung aus dem Krankenhaus/ Rehaeinrichtungen die Vorbereitung der Übernahme des Versicherten im Rahmen des Krankenhaus- oder Rehaentlassmanagements in die häusliche Versorgung,
 - die notwendige Information und Beratung des Versicherten und der Angehörigen,
 - Fallbesprechung mit anderen an der Versorgung Beteiligten.
- (2) Der Pflegedienst orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. Ziel der Rückzugspflege ist es, Versicherte und deren soziales Umfeld durch strukturierte Maßnahmen, insbesondere durch Anleitung und Schulung, in die Lage zu versetzen, sich an den krankenzpflegerischen Maßnahmen zu beteiligen bzw. diese ganz oder teilweise zu übernehmen. Der Pflegedienst beachtet bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierteren Maßnahmen insbesondere Art, Umfang und Schwierigkeit der krankenzpflegerischen

Inhalte und die Wünsche der Versicherten und des sozialen Umfeldes sowie deren Grenzen aktiver und passiver Pflegebereitschaft. Ein Rückzug des Pflegedienstes darf erst dann erfolgen, wenn der Versicherte und/oder das soziale Umfeld die erforderlichen krankpflegerischen Maßnahmen in gebotener Weise selbstständig sicherstellen können und dies auch der Auffassung des verordnenden Arztes entspricht. Die Anpassung des Versorgungsumfanges erfolgt nach ärztlicher Verordnung. Die Ziele und strukturierten Maßnahmen sollen für alle Beteiligten nachvollziehbar festgehalten werden. Der Pflegedienst dokumentiert alle Maßnahmen zur Rückzugspflege. Er unterrichtet die zuständige Krankenkasse zeitnah über den Beginn, die voraussichtliche Dauer und das Ende von anleitenden Maßnahmen. Mit dem Ende der Rückzugspflege ist das Ergebnis der Rückzugspflege dem verordnenden Arzt und der Krankenkasse zu übermitteln.

(3) Versorgt ein Pflegedienst mindestens zwei Versicherte gemäß § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V in einer durch den Pflegedienst oder einen Dritten organisierten Wohneinheit, hat er dies gegenüber der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen. Dabei sind der zuständigen Krankenkasse folgende Informationen zu übermitteln:

- Name der/des Versicherten der jeweiligen Krankenkasse, ggf. KV-Nummer des Versicherten,
- Adresse der/des Versicherten, ggf. davon abweichender Wohnort,
- Ggf. Name der Wohneinheit,
- Platzzahl der Wohneinheit,
- Pflegedienst (Name, Adresse, Institutionskennzeichen),
- weitere von der Versorgung in der organisierten Wohneinheit betroffene Krankenkassen.

§ 8 Prüfungsverfahren

(1) Der Pflegedienst ist verpflichtet, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN) sowie dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Rahmen einer Qualitätsprüfung gemäß § 114 SGB XI und § 275 b SGB V die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 durch Vorlage geeigneter Unterlagen (z. B. Mitarbeiterdokumentation, Qualifikations- und Fortbildungsnachweise, Personaleinsatzpläne, etc.) nachzuweisen.

(2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den für die Prüfung Berechtigten Zugang zu den Geschäftsräumen des ambulanten Pflegedienstes zu gewähren, die für die Prüfung relevanten Auskünfte zu erteilen und notwendige Unterlagen/Nachweise vorzulegen. Grundlage der Prüfung bilden insbesondere folgende Unterlagen:

- Übersicht aller eingesetzten Beschäftigten gemäß § 3 grundsätzlich für die zurückliegenden 12 Kalendermonate, deren Qualifikationsnachweise (Diplome), Beschäftigungszeiten und Arbeitsverträge, ggf. Auszug mit Angabe des Beschäftigungsumfanges (Arbeitszeit), Beschäftigungsart/Funktion, Beginn der Beschäftigung,
- Namensverzeichnis mit Namenskürzel der Beschäftigten sowie
- Dienst- und Einsatzpläne.

§ 9 Vergütung

Die Vergütung für Leistungen nach dieser Ergänzung erfolgt gemäß Anlage 2.

§ 10 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Beachtet der Pflegedienst seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten (insbesondere nach § 3 dieser Ergänzung) nicht in der gebotenen Weise, gelten die Regelungen der Rahmenvereinbarungen gemäß § 132 a Abs. 4 SGB V über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege für das Land Niedersachsen.

§ 11 Laufzeit und Beendigung

- (1) Die Ergänzung tritt am [DATUM] in Kraft und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Monatsende gekündigt werden. Erstmals kann dies zum [DATUM] schriftlich erfolgen. Ferner gilt die Ergänzung nur für den Zeitraum der leistungsrechtlichen Genehmigung der häuslichen Intensivpflege, das heißt für den Zeitraum der Erstverordnung und etwaiger anschließender Folgeverordnungen.
- (2) Die Ergänzung endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zu dem Zeitpunkt, zu welchem das Vertragsverhältnis gemäß § 132 a Abs. 4 SGB V über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege endet.

§ 12 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Ergänzung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieser Ergänzung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Hannover, den [DATUM]

AOK– Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Träger des Pflegedienstes
(Unterschrift/Stempel)

Anlagen:
Anlage 1 – Personal- und Fortbildungsmeldung
Anlage 2 – Vergütungsregelung